

問診票

受診日	年 月 日	記入者	父・母・祖父・祖母・その他(x)
ふりがな		性別	おとこ・おんな
氏名		愛称	
生年月日	年 月 日(満 歳 ヶ月)		()園・小学校・中学校
住所 〒		電話番号	
		携帯番号	
紹介者			
家族構成	父・母・兄(名)・姉(名)・弟(名)・妹(名)・祖父・祖母・その他()		

より良い治療をお受けいただくために、現在の健康状態や診療希望をお尋ねします。
できるだけ正確にご質問にお答えください。(ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。)

今日はどうされましたか？	・検診をしたい ・フッ素塗布 ・歯並び ・むし歯がある (痛くない・痛い) ・その他 ()
今までに歯科受診されたことはありますか？	・ない ・ある (医院名)
歯の治療経験はありますか？(下記あると答えた方)	・ない ・ある (協力的・泣いた・暴れた)
レントゲンを撮った経験はありますか？	・ない ・ある
麻酔をした経験はありますか？	・ない ・ある
現在の健康状態は？	・良い ・あまり良くない ・悪い ・病気にかかっている ・病院に通っている (病名) ・その他
感染症にかかっていたり あるいはご家族の中に感染症の方はいますか？	・ない ・ある (本人・家族) (病名)
内科(心臓・肝臓等)の病気はありますか？	・ない ・ある (病名)
現在服用している薬はありますか？	・ない ・ある (薬の種類)
今までに、入院・手術をされたことはありますか？	・ない ・ある (病名) (時期) (病院名)
薬の副作用はありますか？	・ない ・ある (薬の種類・症状)
アレルギーや特異体質はありますか？	・ない ・ある (症状)
発達面について以下の診断がついている または疑いがありますか？	・発達障害 ・自閉症スペクトラム ・学習障害 ・注意欠陥多動性障害 ・ない ・その他 ()
治療の希望について	・痛いところだけ治したい ・全部治したい ・相談して決めたい
定期検診の希望について	・希望しない ・希望する
その他、医師に伝えておきたいことや質問があれば具体的に記入ください。	

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。